

Indicatoren JGZ-richtlijn Heupdysplasie

Datum:

4-7-2017

Auteurs:

Caren Lanting

Jacqueline Deurloo

1 Inleiding

In de tweede helft van 2015 is in opdracht van ZonMw gestart met de ontwikkeling van de JGZ-richtlijn Heupdysplasie, deze zal naar verwachting eind 2017 worden gepubliceerd [1]. In het kader van de richtlijnontwikkeling wordt een set indicatoren vastgesteld waarmee het gebruik van deze richtlijn op organisatieniveau en landelijk niveau inzichtelijk kan worden gemaakt.

Een indicator is een meetbaar aspect van de geleverde zorg (d.w.z. in maat en getal uit te drukken) en heeft een signalerende functie voor de kwaliteit van de geleverde zorg [2,3]. Er zijn drie typen indicatoren:

- **Structuurindicatoren:** zij beschrijven de organisatie van zorg of kwaliteit van de zorgsetting, zoals de beschikbaarheid van voorzieningen of gemaakte afspraken tussen zorgverleners.
- **Procesindicatoren:** zij beschrijven het handelen van de professional, zoals verrichtte diagnostiek of behandeling.
- **Uitkomstindicatoren:** zij geven de effectiviteit van de zorg of het behandelresultaat weer, zoals het percentage kinderen waarbij een hartwijking vroegtijdig is opgespoord.

JGZ-organisaties kunnen met behulp van indicatoren de door hen geleverde zorg door de tijd heen monitoren. Ook kunnen zij verschillende locaties binnen hun organisatie met elkaar vergelijken. Wanneer indicatoren worden gebruikt in een landelijke benchmark, kunnen JGZ-organisaties de door hen geleverde zorg vergelijken met die van andere JGZ-organisaties. Tevens kunnen landelijke organisaties, zoals de beroepsorganisaties, het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid of de Inspectie voor de Gezondheidszorg, met behulp van indicatoren inzicht krijgen in de kwaliteit van de door JGZ-organisaties geleverde zorg.

Bij het gebruik van indicatoren is het belangrijk telkens het doel ervan voor ogen te houden: indicatoren hebben een signalerende functie over een beperkt deel van de kernaanbevelingen uit een richtlijn [3]. Indicatoren geven geen zicht op hoe de zorg wordt uitgevoerd en ze geven de professional geen persoonlijke feedback op het handelen [4,5]. In principe zijn alle kernaanbevelingen uit een richtlijn meetbaar en is het ook mogelijk de professional of organisatie van persoonlijke feedback te voorzien, maar daar zijn veelal andere methoden voor dan indicatoren [4].

2 Doelstelling

Het doel is het ontwikkelen en vaststellen van een set indicatoren waarmee de uitvoering van de JGZ-richtlijn Heupdysplasie binnen de JGZ praktijk geëvalueerd kan worden. Hierbij is rekening gehouden met de volgende randvoorwaarden:

- De indicatoren worden methodisch ontwikkeld, mede door JGZ-professionals en in afstemming met het NCJ.
- De set wordt gebaseerd op de kernaanbevelingen uit de richtlijn. Deze worden, zoals bij iedere JGZ-richtlijn, opgesteld door de ontwikkelgroep.
- De set bestaat uit procesindicatoren en – indien mogelijk – uitkomstindicatoren (zie inleiding).
- De indicatoren sluiten aan bij de Basisdataset (BDS) van het Digitale Dossier JGZ (DD JGZ).
- De set heeft een beperkte omvang.

3 Methode

De ontwikkeling van de set indicatoren vond methodisch plaats [3,5,6] en bestond uit drie fasen: 1) formulering van concept indicatoren, 2) raadpleging van enkele JGZ-professionals (n=4) en 3) formulering van de definitieve set indicatoren.

3.1 Formulering van conceptindicatoren

De (kern)aanbevelingen zoals verwoord door de ontwikkelaars aan het begin van ieder thema hoofdstuk vormden de basis.

Verdere reductie van kernaanbevelingen vond plaats door een ontwikkelaar (JD). Uitgangspunt voor een verdere selectie waren:

- De kernaanbeveling moet specifiek zijn voor de richtlijn Heupdysplasie. Daarmee vervallen aanbevelingen over het functioneren van de JGZ in het algemeen (bijv. kennis hebben van de sociale kaart).
- De kernaanbeveling moet te operationaliseren zijn. Daarmee vervallen aanbevelingen als “Bij twijfel kunt u verwijzen naar ...” of “Er kan gebruik worden gemaakt van” .
- In deze fase is nog geen reductie gedaan op meetbaarheid via het DD JGZ.

Vervolgens werden voor de overgebleven kernaanbevelingen conceptindicatoren opgesteld (CL) en met de ontwikkelaar (JD) besproken. Hierbij werden de teller en noemer apart benoemd, zodat duidelijk is welke gegevens uit het DD JGZ nodig zijn.

3.2 Commentaarronde

De concept indicatoren werden in een schriftelijke ronde voorgelegd aan vijf jeugdartsen. De professionals die aan de commentaarronde meededen konden per indicator een rapportcijfer geven voor de relevantie van de indicatorinformatie als graadmeter voor de kwaliteit van de geleverde zorg (d.w.z. van 0 = totaal niet relevant tot en met 10 = uiterst relevant). Ook werden ze gevraagd hun antwoord toe te lichten. Daarnaast werd per conceptindicator een beoordeling van de registreerbaarheid in het digitale dossier gevraagd (d.w.z. beoordeling als goed; matig; slecht; onmogelijk), waarbij het eigen DD JGZ het uitgangspunt vormde. Als laatste werd gevraagd of men kernaanbevelingen uit de richtlijn miste, waarvoor een indicator opgesteld zou moeten worden.

3.3 Formulering definitieve indicatoren

Bij het verwerken van de beoordelingen is eerst gekeken naar gemiddelde scores en de mate van overeenstemming daarin tussen de deelnemers. Bij een gemiddelde score hoger dan 7,0 werd de indicator vastgesteld als zijnde relevant, tenzij een of meer deelnemers een rapportcijfer lager dan 3 had toegekend.

Voor de als relevant beoordeelde indicatoren is vervolgens gekeken of de indicator meetbaar is via de BDS. Wanneer dit niet het geval is, werd de indicator alsnog uitgesloten van de definitieve set.

Op basis van het commentaar zijn de indicatoren bijgesteld. De definitieve indicatoren zijn in aparte tabellen beschreven waarin per indicator wordt aangegeven:

- a) Titel van de indicator;
- b) Kernaanbeveling waarop indicator is gebaseerd;
- c) Bron kernaanbeveling (thema in de richtlijn);
- d) Type indicator (proces of uitkomst);
- e) Waarom belangrijk;

- f) Omschrijving indicator;
- g) Teller en noemer;
- h) Toelichting (indien van toepassing; bijvoorbeeld om bepaalde termen toe te lichten of mate van registreerbaarheid in het DD JGZ toe te lichten).

4 Resultaten

4.1 Formulering conceptindicatoren

Er werden 46 kernaanbevelingen uit de richtlijn Heupdysplasie gehaald. Na correctie voor dubbele aanbevelingen, selectie op specificiteit voor de richtlijn Heupdysplasie en operationaliseerbaarheid, bleven zeven kernaanbevelingen over waarvoor conceptindicatoren werden ontwikkeld.

4.2 Commentaarronde

Van vier van de vijf aangezochte professionals is een beoordeling van de conceptindicatoren ontvangen. De relevantie van zes van de zeven conceptindicatoren had een gemiddelde beoordeling van 8,5 of hoger. Eén conceptindicator had een beduidend lagere gemiddelde beoordeling voor wat betreft de relevantie, namelijk van 7,0. Deze laatste conceptindicator viel daardoor af als definitieve indicator.

Voor drie van de zes overgebleven conceptindicatoren werd de registreerbaarheid door alle vier de referenten als 'goed' beoordeeld. Over de overige conceptindicatoren verschilden de referenten van mening:

- Voor één conceptindicator werd de relevantie gemiddeld beoordeeld met een 10,0, maar de registreerbaarheid werd door één van de referenten aangemerkt als 'onmogelijk'.
- Twee conceptindicatoren krijgen een gemiddelde beoordeling op relevantie van respectievelijk 9,3 en 8,8, maar over de registreerbaarheid in het DD-JGZ werd door de referenten verschillend gedacht. De mate van registreerbaarheid werd door een deel van de referenten als 'goed' beoordeeld en door anderen als 'matig' of 'slecht', afhankelijk van het door hen gehanteerde systeem.

Uiteindelijk werden voor de drie kernaanbevelingen met een hoge gemiddelde relevantie en die door alle referenten als 'goed' registreerbaar werden aangemerkt definitieve indicatoren gemaakt.

4.3 Definitieve set indicatoren

De definitieve set indicatoren omvat drie kernaanbevelingen die hieronder worden beschreven.

I. ANAMNESE EERSTE HUISBEZOEK	
Kernaanbeveling(en)	De jeugdverpleegkundige vraagt tijdens het eerste huisbezoek (in de tweede week) na of er sprake is van risicofactoren voor DDH en registreert de bevindingen in het Digitaal Dossier JGZ.
Bron	<u>Thema 1: Signalering van DDH</u>
Type indicator	<i>Procesindicator</i>
Waarom belangrijk	<p>In de JGZ-richtlijn Heupdysplasie [1] wordt aangegeven dat een belangrijk onderdeel van de anamnese door de JGZ in het kader van de vroegtijdige opsporing van DDH het identificeren van risicofactoren betreft. Inzicht in de risicofactoren helpt bij het identificeren van kinderen die een groter risico lopen op DDH. Kinderen waarbij sprake is van één (of meerdere) risicofactor(en) kunnen ofwel tijdig worden verwezen voor diagnostiek en eventuele behandeling, ofwel advies en instructie krijgen over het vermijden van de risicofactor.</p> <p>Deze indicator is door de referenten als zeer relevant beoordeeld (gemiddelde beoordeling 9,8).</p>

Omschrijving indicator(en)	% kinderen waarbij aantoonbaar de volgende (volledige) combinatie van vier elementen is geregistreerd: (1) (belaste) familieanamnese (d.w.z. DDH en/of coxartrose voor de leeftijd van 50 jaar bij eerste- of tweedegraads familieleden), (2) stuitligging na week 32 van de zwangerschap ongeacht de duur en periode van de stuitligging, (3) stuitligging bij de bevalling, (4) strak inbakeren van het onderlichaam met de heupen en de knieën gestrekt.
Teller	Aantal kinderen t/m 12 maanden oud waarbij aantoonbaar tijdens het eerste contactmoment de volgende (volledige) combinatie van vier kenmerken werd geregistreerd: 1) of er sprake is van een belaste familieanamnese (d.w.z. DDH en/of coxartrose voor de leeftijd van 45 jaar bij eerste- of tweedegraads familieleden), (2) of het kind na week 32 van de zwangerschap in stuitligging heeft gelegen ongeacht de duur en periode van de stuitligging, (3) of er sprake was van stuitligging bij de bevalling, (4) of het onderlichaam van het kind strak wordt ingebakerd met de heupen en de knieën gestrekt.
Noemer	Aantal kinderen t/m 12 maanden oud die een eerste contactmoment hebben gehad
Toelichting	Er wordt voorgesteld om in het BDS-registratieprotocol t.b.v. de JGZ-richtlijn Heupdysplasie voor een kind niet alleen te registreren of er één of meerdere risicofactoren zijn, maar ook of dit is nagevraagd.

II. HEUPONDERZOEK 4 WEKEN T/M 6 MAANDEN (tijdigheid)

Kernaanbeveling(en)	De jeugdarts voert bij elk kind aan het einde van de eerste levensmaand heuponderzoek uit, een tweede keer bij voorkeur bij 3 maanden en een derde keer voor de leeftijd van 7 maanden.
Bron	<u>Thema 1: Signalering van DDH</u>
Type indicator	<i>Procesindicator</i>
Waarom belangrijk	In de JGZ-richtlijn Heupdysplasie [1] wordt in het kader van de vroegtijdige opsporing van DDH aanbevolen dat de JGZ bij elk kind aan het einde van de eerste levensmaand heuponderzoek uitvoert, een tweede keer bij voorkeur bij 3 maanden en een derde keer voor de leeftijd van 7 maanden. Het is aannemelijk dat de behandeling korter duurt wanneer deze eerder start binnen de eerste zes levensmaanden. Behandeling van een DDH zonder (sub)luxatie bestaat uit het in flexie- en spreidstand houden van de heupen, waardoor de heupkop goed in de heupkom wordt geplaatst. Hiervoor wordt een spreidmiddel gebruikt. Meestal duurt de spreidbehandeling enkele maanden. Deze indicator is door de referenten als relevant beoordeeld (gemiddelde beoordeling 8,5).
Omschrijving indicator(en)	% kinderen waarbij in de eerste levensmaand en in de derde levensmaand heuponderzoek heeft plaatsgevonden.
Teller	Aantal kinderen van 4 maanden t/m 12 maanden oud waarbij aantoonbaar in de eerste levensmaand én in de derde levensmaand heuponderzoek heeft plaatsgevonden.
Noemer	Aantal kinderen van 4 maanden t/m 12 maanden oud in zorg
Toelichting	Bij prematuur geboren kinderen is het streven om voor de <u>gecorrigeerde</u> leeftijd van 7 maanden de drie onderzoeken uit te voeren.

III. VERWIJZING 4 WEKEN T/M 6 MAANDEN

Kernaanbeveling(en)	- Bij de risicofactor stuitligging na week 32 van de zwangerschap ongeacht de duur en periode van de stuitligging, stuitligging bij de bevalling en/of belaste familieanamnese, verwijst de jeugdarts het kind bij het eerste contactmoment voor beeldvormend onderzoek op de leeftijd van 3 maanden (eventueel via de huisarts). Verwijzing vindt plaats ongeacht de uitslag van het lichamelijk onderzoek van de heupen.
---------------------	--

	- Bij een afwijkend onderzoek van de heupen verwijst de jeugdarts het kind voor diagnostisch onderzoek: bij een abductiebeperking, d.w.z. abductie < 70 graden; een abductieverschil van ≥ 20 graden; en/of een duidelijk zichtbaar kniehoogteverschil.
Bron	Thema 1: Signalering van DDH
Type indicator	Procesindicator
Waarom belangrijk	De aanwezigheid van risicofactoren voor DDH en/of afwijkend heuponderzoek wijzen op de mogelijkheid van heupdysplasie/heupluxatie.
Omschrijving indicator(en)	% kinderen dat op grond van verdenking heupdysplasie/heupluxatie verwezen wordt voor diagnostisch onderzoek
Teller	Aantal kinderen van 0 t/m 6 maanden oud dat werd verwezen met als indicatie verdenking heupdysplasie/heupluxatie.
Noemer	Aantal kinderen van 0 t/m 6 maanden oud in zorg
Toelichting	Het aantal kinderen dat wordt verwezen op is goed uit het DD-JGZ te halen. Het is in het DD-JGZ echter lastig te bepalen of het kind i.v.m. risicofactoren voor heupdysplasie of op grond van afwijkend onderzoek is verwezen.

5 Conclusies en aanbevelingen

5.1 Conclusies

Na correctie voor dubbele aanbevelingen, selectie op specificiteit voor de richtlijn Heupdysplasie en operationaliseerbaarheid zijn voor zeven kernaanbevelingen conceptindicatoren ontwikkeld.

Voor drie kernaanbevelingen zijn definitieve indicatoren opgesteld voor: 1) anamnese eerste huisbezoek; 2) heuponderzoek 4 weken t/m 6 maanden (tijdigheid)); 3) verwijzing (4 weken t/m 6 maanden).

Voor de overige vier kernaanbevelingen zijn geen indicatoren opgesteld na raadpleging van JGZ-professionals. In bijlage 1 staan de indicatoren die niet in de definitieve set werden opgenomen vanwege een relatief lage relevantie (n=1) of omdat ze in een deel van de organisaties naar verwachting lastig of niet meetbaar zullen zijn (n=3).

5.2 Kanttekeningen

Een beperkt aantal JGZ-professionals kon worden geraadpleegd over de relevantie en registreerbaarheid van concept-indicatoren. Gezien de hoge mate van consensus en mede-beoordeling door de ontwikkelaars, lijkt de huidige set indicatoren voor de praktijk relevant.

De huidige set indicatoren is indicatief voor het gebruik van kernaanbevelingen uit de richtlijn. Voor de meest relevante kernaanbeveling zijn indicatoren opgesteld, maar indicatoren geven geen zicht op *hoe* de zorg is uitgevoerd en een belangrijk deel van de zorg is niet te vatten in meetbare termen (zoals “bij twijfel.....” of “de professional kan”), terwijl deze aspecten wel belangrijk zijn voor de effectiviteit van de geboden zorg.

Om de registratiedruk voor professionals te beperken is bovendien als randvoorwaarde gesteld dat de set een beperkte omvang moet hebben. Het is in principe relevant om het gebruik c.q. het effect van *alle* kernaanbevelingen te meten omdat er op basis van bewijs uit de literatuur, veelal in combinatie met praktijkervaring, goede redenen zijn om aan te nemen dat deze kernaanbevelingen uitgevoerd moeten om heupdysplasie adequaat te signaleren. De methode van

indicatorontwikkeling (in maat en getal uit te drukken en registreerbaar in de BDS) zorgt in die zin voor een kunstmatige reductie [4,5].

5.3 Aanbevelingen m.b.t. de richtlijn Heupdysplasie

Onbehandeld kan DDH leiden tot ernstige invaliditeit en vroege coxartrose (slijtage van de heup). Daarom is vroege opsporing en tijdige behandeling essentieel. Late behandeling (voor DDH met luxatie na de leeftijd van 3 maanden, voor DDH zonder luxatie na de leeftijd van 6 maanden) is meestal langduriger, meer invasief en minder effectief dan vroegtijdige behandeling. De JGZ heeft een belangrijke rol bij de opsporing van DDH. De frequentie waarmee heuponderzoek wordt uitgevoerd, de tijdigheid en juiste uitvoering van het heuponderzoek zijn daarom van groot belang.

Indicatoren met betrekking tot de uitvoering van het heuponderzoek werden niet meegenomen. Het DD JGZ is hiervoor geen geschikte methode. Bij de signalering van heupdysplasie gaat het immers niet alleen om de vraag *of* onderzoek is uitgevoerd, maar ook *hoe* het onderzoek werd uitgevoerd (adequaat/ minder adequaat), wat de bevindingen waren en wat daar vervolgens mee is gedaan [7-9]. Geschiktere meetmethoden zouden kunnen zijn: bespreking tijdens intercollegiale toetsing (of intervisie) of observaties [4].

Een belangrijk deel van de richtlijn gaat over communicatie van JGZ-professionals met ouders. Het DD JGZ is voor de evaluatie van dit onderdeel geen geschikte bron. Ouders zouden (via interviews) als bron van informatie kunnen dienen.

5.4 Aanbevelingen voor de toekomst

Het is wenselijk een discussie te voeren over het nut en de noodzaak van indicatoren in de JGZ en over de beste manieren om het gebruik van JGZ-richtlijnen te evalueren en te monitoren. Belangrijk hierbij is dat methoden en uitkomsten aansluiten bij de behoeften vanuit de JGZ (zowel professionals als organisaties) [4]. Verder moet helder zijn of uitkomsten van een dergelijke evaluatie voornamelijk van belang worden geacht voor intern gebruik (feedback op geleverde zorg) of dat de nadruk vooral ligt op extern gebruik (verantwoording afleggen, externe toetsing) [3,5]. Aanbevolen wordt dat het NCJ een dergelijk gesprek initieert en organiseert, waarbij alle relevante partijen betrokken zijn. Hierbij kan worden gedacht aan JGZ-professionals, (managers van) JGZ-organisaties, de beroepsorganisaties, de brancheverenigingen en koepelorganisaties, Inspectie voor de Gezondheidszorg en VWS/ZonMw.

Referenties

1. Magda Boere-Boonekamp, Annemieke Konijnendijk, Annelies Broerse, Jacqueline Deurloo, Caren Lanting. JGZ-richtlijn 'JGZ-richtlijn Heupdysplasie (Developmental Dysplasia of the Hip, DDH). Beschikbaar via www.NCJ.nl, verwacht 2017/2018.
2. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring Vol. 1. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980.
3. Braspenning J, Bouma M, Hoenen J. Indicatoren op basis van richtlijnen. In: Everdingen van JJE, Dreesens DHH, Burgers JS, Swinkels JA, Barneveld van TA van, Weijden van der T. Handboek evidence-based richtlijnontwikkeling: een leidraad voor de praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2014:265-275.
4. Fleuren MAH, Keer M, Paulussen TGWM. Adviesrapport meten van het gebruik van de JGZ-richtlijnen. Leiden: TNO, 2014.
5. Nothacker M, Stokes T, Shaw B, Lindsay P, Sipilä R, Follmann M, Kopp I. Reporting standards for guideline-based performance measures. *Implementation Science* 2016;11:6.
6. ZonMw. Richtlijnen Jeugdgezondheidszorg 2013-2018. ZonMw Programmatekst. Den Haag: ZonMw 2012.
7. Carroll C, Patterson M, Wood S, Booth A, Rick J, Balain S. A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation Science* 2007;2(40):1-9.
8. Cross WF, West JC. Examining implementer fidelity: conceptualizing and measuring adherence and competence. *J Child Serv.* 2011;6(1):18-33
9. Durlak JA, DuPre EP. Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology* 2008;41(3-4), 327-350.

Bijlage 1. Conceptindicatoren die niet in de definitieve set indicatoren zijn opgenomen

HEUPONDERZOEK 4 WEKEN T/M 6 MAANDEN (FREQUENTIE)	
Kernaanbeveling	De jeugdarts voert bij elk kind aan het einde van de eerste levensmaand heuponderzoek uit, een tweede keer bij voorkeur bij 3 maanden en een derde keer voor de leeftijd van 7 maanden.
Bron	<u>Thema 1: Signalering van DDH</u>
Type indicator	<i>Procesindicator</i>
Waarom belangrijk	In de JGZ-richtlijn Heupdysplasie [1] wordt aanbevolen om bij elk kind aan het einde van de eerste levensmaand heuponderzoek uit te voeren, een tweede keer bij voorkeur bij 3 maanden en een derde keer voor de leeftijd van 7 maanden. Er zijn in de literatuur aanwijzingen dat, indien er 3 tot 4 onderzoek momenten in de eerste 6 levensmaanden zijn, en kinderen met alleen risicofactoren bij 3 maanden aanvullend onderzoek krijgen, 50 tot 75% van de gevallen van DDH tussen 3 en 6 maanden worden vastgesteld. Bij minder dan 3 onderzoek momenten is het percentage DDH gevallen dat wordt opgespoord lager.
Omschrijving indicator(en)	% kinderen waarbij de jeugdarts in de eerste 6 levensmaanden ten minste 3 maal heuponderzoek heeft verricht.
Teller	Aantal kinderen van 7 maanden oud waarbij in de eerste zes levensmaanden aantoonbaar 3 of meer heuponderzoeken door de jeugdarts werden uitgevoerd.
Noemer	Aantal kinderen van 7 maanden oud in zorg.
Toelichting	De registreerbaarheid van deze indicator wordt door de referenten wisselend beoordeeld, variërend van 'matig' tot 'goed'.

HEUPONDERZOEK 4 WEKEN T/M 6 MAANDEN (UITVOERING)	
Kernaanbeveling	Het heuponderzoek in de leeftijdsperiode 4 weken tot en met 6 maanden bestaat uit de volgende onderdelen: a) beoordeling van de abductie van de heupen b) vergelijken van de kniehoogte.
Bron	<u>Thema 1: Signalering van DDH</u>
Type indicator	<i>Procesindicator</i>
Waarom belangrijk	In de JGZ-richtlijn Heupdysplasie [1] wordt in het kader van de vroegtijdige opsporing van DDH aanbevolen heuponderzoek uit te voeren. Na de neonatale periode bestaat het lichamelijk onderzoek op DDH uit het beoordelen van de abductie van de heupen en de kniehoogte. Abductiebeperking (één- of beiderzijds) kan een signaal zijn voor de aanwezigheid van DDH. Bij een ge(sub)luxeerde heup is de heupkop zijwaarts verplaatst, wat leidt tot schijnbaar lager kniehoogte aan de aangedane zijde. Een positieve Galeazzi (kniehoogteverschil) is een aanwijzing voor de mogelijkheid van een eenzijdig ge(sub)luxeerde heup.
Omschrijving indicator(en)	% heuponderzoeken bij kinderen in de leeftijd van 4 weken tot en met 6 maanden waarbij door een jeugdarts de volgende (volledige) combinatie van kenmerken door de JGZ is beoordeeld: (1) (verschil in) abductie, (2) (verschil in) kniehoogte.
Teller	Aantal heuponderzoeken bij kinderen in de leeftijd van 4 weken tot en met 6 maanden door een jeugdarts is uitgevoerd en waarbij aantoonbaar de volgende (volledige) combinatie van twee kenmerken is beoordeeld: (1) (verschil in) abductie, (2) (verschil in) kniehoogte.
Noemer	Aantal heuponderzoeken dat bij kinderen in de leeftijd van 4 weken tot en met 6 maanden door een jeugdarts is uitgevoerd.
Toelichting	Registreerbaarheid van deze indicator wordt door de referenten aangemerkt als 'onmogelijk'. Het DD-JGZ is geen geschikte methode om te beoordelen hoe

	het heuponderzoek wordt uitgevoerd. Alleen aanvinken <i>dat</i> het onderzoek is uitgevoerd geeft onvoldoende informatie.
--	---

VERWIJZING OP GROND VAN RISICOFACTOREN	
Kernaanbeveling	Bij de risicofactor stuitligging na week 32 van de zwangerschap ongeacht de duur en periode van de stuitligging, stuitligging bij de bevalling en/of belaste familieanamnese, verwijst de jeugdarts het kind bij het eerste contactmoment voor beeldvormend onderzoek op de leeftijd van 3 maanden (eventueel via de huisarts). Verwijzing vindt plaats ongeacht de uitslag van het lichamelijk onderzoek van de heupen
Bron	<u>Thema 1: Signalering van DDH</u>
Type indicator	<i>Procesindicator</i>
Waarom belangrijk	In de JGZ-richtlijn Heupdysplasie [1] wordt beschreven dat het optimale tijdstip voor aanvullend beeldvormend onderzoek bij kinderen met risicofactoren voor DDH, en/of afwijkend lichamelijk onderzoek 3 maanden is. Bij 3 maanden kan definitief worden besloten of er wel of geen sprake is van DDH aan de hand van echografie. Bij kinderen jonger dan 3 maanden laat de echo nog vaak een 'onrijpe' heup zien, waardoor een tweede echo noodzakelijk is op de leeftijd van 3 maanden. Echografie vóór de leeftijd van 3 maanden kan leiden tot onterechte ongerustheid bij ouders en hogere zorgkosten. Bij 3 maanden verwijzen betekent echter vanwege wachttijden dat beeldvormend onderzoek soms pas bij 4 maanden plaatsvindt. Dit is niet gewenst. De JGZ-richtlijn Heupdysplasie [1] beveelt daarom aan om de ouders al bij 4 weken de verwijzing te geven en een afspraak te laten maken voor hun kind als het de leeftijd van 3 maanden heeft.
Omschrijving indicator(en)	% kinderen dat tijdens het eerste contactmoment door de jeugdarts wordt verwezen voor beeldvormend onderzoek op de leeftijd van 3 maanden
Teller	Aantal kinderen dat tijdens het eerste contact met een jeugdarts wordt verwezen voor beeldvormend onderzoek van de heupen op de leeftijd van 3 maanden
Noemer	Aantal kinderen dat de JGZ bezoekt voor een eerste contact met een jeugdarts
Toelichting	De relevantie van de indicator wordt door de referenten wisselend beoordeeld (score varieert van 5 tot 10), evenals de registreerbaarheid (variërend van 'slecht' tot 'goed').

VOORLICHTING OVER VEILIG INBAKEREN	
Kernaanbeveling	Als de ouder aangeeft dat het onderlichaam van het kind wordt ingebakerd met de heupen en de knieën gestrekt of dat zij dit van plan is, vindt voorlichting plaats over dat het strak inbakeren van het onderlichaam gepaard gaat met een verhoogd risico op DDH en wordt instructie aangeboden over de veilige manier van inbakeren
Bron	<u>Thema 1: Signalering van DDH</u>
Type indicator	<i>Procesindicator</i>
Waarom belangrijk	Strak inbakeren van het onderlichaam van het kind gaat gepaard met een verhoogd risico op heupdysplasie
Omschrijving indicator(en)	% kinderen in de leeftijd van 0 tot en met 6 maanden waarvan de ouders van de JGZ voorlichting hebben gekregen over de risico's van strak inbakeren
Teller	Aantal kinderen in de leeftijd van 0 tot en met 6 maanden oud waarvan de ouders van de JGZ aantoonbaar instructie hebben ontvangen over veilig inbakeren
Noemer	Aantal kinderen in de leeftijd van 0 tot en met 6 maanden oud in zorg
Toelichting	Relevantie werd door de referenten als relatief laag aangemerkt (gemiddelde score 7,0)

